

THÈSE

POUR

189

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BONAMOUR Etienne

De l'Application des Ventouses SUR LE COL UTÉRIN dans le traitement des métrites

Président : M. le Professeur S. POZZI.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

189

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BONAMOUR Etienne

De l'Application des Ventouses SUR LE COL UTÉRIN dans le traitement des métrites

Président : M. le Professeur S. POZZI.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs	M. LANDOUZY MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
Maladies des enfants.	LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT BALLET
Clinique des maladies du système nerveux	GAUCHER
Clinique chirurgicale.	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique de la Faculté de Paris
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de médecine

AUX MEMBRRES DU JURY

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE NOTRE ONCLE JULES

(à qui nous devons beaucoup)

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552803_0064

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études médicales, c'est pour nous un devoir de remercier tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui, sans compter, nous ont consacré leur temps et prodigué leur science.

Que M. le professeur S. Pozzi dont le service est si accueillant et qui a bien voulu présider notre thèse, daigne agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A M. le docteur Jayle nous devons beaucoup. Nous lui sommes redevable de nos connaissances en gynécologie ; il nous a inspiré le sujet de notre thèse et aidé dans l'accomplissement de ce travail. Nous ne savons comment le remercier et lui adresser notre profonde gratitude.

Nous gardons un souvenir vivace des nombreuses et belles leçons de choses que nous ont données tous les jours au lit du malade nos maîtres des hôpitaux que

nous remercions bien vivement : MM. les professeurs de clinique : Kirmisson, Pinard, Raymond, le chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, A Schwarz, les médecins des hôpitaux Bourey et Legendre.

A nos père et mère nous dédions ce modeste travail, faible témoignage de notre affection et de notre respect, ne pouvant oublier le dévouement qu'ils ne cessent de nous prodiguer.

Que notre tante Noémie, notre frère aîné, notre cousin Gustave chez qui nous avons vécu plusieurs années, et surtout nos cousins Chiron et Jules, pour l'aide matérielle et morale et l'intérêt qu'ils nous portent, reçoivent tous nos remerciements.

Nous gardons le meilleur souvenir de nos camarades d'études, qui par leur entrain et leur gaieté nous ont rendu plus facile la tâche quotidienne et plus supportable notre isolement à Paris.

INTRODUCTION

Les métrites sont les affections les plus fréquentes de l'appareil génital de la femme. Elles peuvent exister isolément et elles accompagnent presque toujours les affections des annexes dont elles ont été le plus souvent la cause.

A côté de leur fréquence se place un autre caractère très important, leur longue durée. Toutes les métrites, quelles que soient leur forme et leur origine sont extrêmement tenaces et persistantes. Les éléments infectieux ne s'implantent pas seulement sur les couches superficielles de la muqueuse, ils envahissent les glandes et s'y fixent sans qu'on puisse les expulser d'une façon précise et rigoureuse. Et comme dans tous les processus morbides dont la ténacité est désespérante, l'arsenal

thérapeutique inventé contre eux est d'une richesse rare.

Les agents thérapeutiques employés dans cette lutte sont en effet nombreux et divers. Tantôt l'action en est brutale : curettage, opération plastique, cautérisation par des agents physiques et chimiques, tantôt plus douce et plus lente par des procédés moins violents ; pansements glycérinés simples, antiseptiques, air chaud, ventouses. Enfin on combine ces diverses méthodes, l'une préparant l'autre ou la complétant.

Nous avons soigné, à la consultation de gynécologie du service de M. le professeur S. Pozzi, à l'hôpital Broca, sous la direction de M. le docteur Jayle, des métrites par des ventouses appliquées sur le col utérin, combinées avec des pansements glycérinés et des attouchements à la teinture d'iode sur des ulcérations lentes à se cicatriser. Cette méthode des ventouses, on en parla beaucoup lors de son apparition. Des traités récents de gynécologie médico-chirurgicale ne la mentionnent pas dans la longue liste d'agents ou de méthodes thérapeutiques préconisés en pareille occurrence.

Les résultats que nous avons observés à la consultation de Broca, sur des malades soignés par cette méthode et régulièrement suivies, font l'objet de notre travail. Cet agent thérapeutique nous a paru offrir de l'intérêt pour amener sinon la guérison, du moins l'amélioration de ces processus infectieux.

Nous ferons d'abord un court résumé de l'histoire de

l'hypérémie veineuse, de son mode d'action, de ses indications et relaterons enfin les résultats que nous avons obtenus, les comparant à ceux publiés par les divers auteurs qui ont employé les ventouses dans le traitement des métrites.

HISTORIQUE

L'emploi de la stase veineuse comme agent thérapeutique, est loin d'être de date récente. Ambroise Paré en fait mention en des termes précis, sur lesquels on ne peut se méprendre. Il l'a employée d'une façon très rationnelle, en dehors de la saignée dans le traitement des fractures pour exciter la formation du col et prétend en avoir retiré de bons résultats.

En 1875, Nicoladini, ignorant, ou feignant d'ignorer les résultats de A. Paré, l'emploie à son tour et s'attribue la paternité de la méthode. Cette dernière est citée, en 1886, dans les leçons cliniques de Bruns.

Thomas un peu plus tard la réinvente, la combine à la percussion et l'emploie dans les mêmes conditions.

En 1892, paraît le premier travail important de Bier. Ce dernier publie les résultats obtenus par lui, dans le traitement de la tuberculose osseuse par l'hyperémie veineuse.

Peu à peu, les idées et la technique de Bier diffusent dans le monde médical, et en 1896, pour la première fois en France, l'exposé et l'étude de cette méthode thérapeutique font le sujet de la thèse de Bourtroue.

En 1900, Bier publie les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de cet agent thérapeutique dans la chorée, l'épilepsie, les douleurs de tête en général.

En 1903, est édité le traité. « L'hyperémie veineuse », suivi, en 1905, d'une édition nouvelle, mentionnant les résultats obtenus dans d'autres affections inflammatoires et suppurations aiguës et ses règles d'emploi.

Dans ce livre, dont l'apparition fut très remarquée, l'application de l'hyperémie veineuse aux maladies de l'appareil génital de la femme, n'est nullement mentionnée. On y traite, en effet, de l'emploi de cette méthode dans les affections de la peau (furoncle) du tissu cellulaire sous-cutané et des lymphatiques, des ganglions, des tendons, des traumatismes, dans les affections des artères et des veines, des os, des articulations, dans des affections diverses (otite, mastoïdite, blennorrhagie, cette dernière chez l'homme seulement).

La ventouse toutefois est d'origine fort ancienne. Les peuplades primitives la connaissaient. Elles pratiquaient la stase veineuse avec des objets plus ou moins grossiers dont l'usage leur était familier : cornes d'animaux, citrouilles, bâtons de bambou. La raréfaction de l'air dans l'appareil se faisait par succion.

La ventouse perfectionnée d'un maniement plus simple et d'une efficacité plus grande, est connue bien plus

lard. L'emploi de la pompe à faire le vide date de la fin du XVIII^e siècle.

Mais si la ventouse est employée dans les affections du tégument externe ou autres, nulle mention n'est faite de cette méthode appliquée à la gynécologie jusqu'en 1905 date de l'article de Rudolf. Ce dernier emploie le spéculum de Fergusson, fermé à son extrémité-vulvaire par un couvercle s'y adaptant à frottement dur.

Eversmann, dans son article du *Zentralblatt für gynécologie*, du 2 décembre 1905 relate l'emploi de ventouse cylindrique en verre à tubulure latérale reliée par un tube de caoutchouc à la pompe aspirante.

L'extrémité utérine de cet appareil est évasée sur toute sa circonférence. Cet auteur mentionne des résultats excellents dans les cas d'endométrite accompagnée de pertes blanches très prononcées et de brides cicatricielles dans le Douglas. L'application de la ventouse était de 5 minutes.

Kremer, dans son article du *Zentralblatt für Gynécologie* de 1906, rapporte les bons résultats qu'il a obtenus par cette méthode et conseille de l'employer dans les affections aiguës du canal génital et la cure des reliquats de cette inflammation.

Félix Turan (de Franzabad) en 1903, dans sa communication au journal précité « Essai avec la méthode de Bier dans l'endométrite chronique » consigne de très bons résultats. Il a pratiqué l'aspiration directe dans la cavité utérine au moyen d'un cathéter modifié, cathéter-sonde, perforé à son extrémité et sur 6 à 7 centimè-

tres de long, de 4 fenêtres latérales allongées. Il porte au-dessous des fenêtres un obturateur, sorte de clapet de 2 centimètres de diamètre qui s'appliquera sur la partie vaginale du col et a pour but d'oblitérer l'orifice externe du canal utérin qu'on peut fermer hermétiquement. Un manomètre permet de se rendre compte du degré d'aspiration.

Quatre malades, avec endométrite chronique, état général excellent, nullipares, avec écoulement datant de quatre, six et douze ans, furent traitées par lui. Tous les deux jours séance de 5 à vingt minutes. Il y eut 20 séances chez deux malades, 22 chez les deux autres. L'écoulement a diminué dès la première aspiration ; à la fin du traitement il n'y avait presque plus de sécrétion. Les malades ont été très améliorées.

Pour la première fois, en France, dans la presse médicale du 14 décembre 1907, les docteurs Jayle et Lœwy, dans leur article : « Le traitement des métrites par l'application de ventouses sur le col » consignent les résultats obtenus par cette méthode, dans le service de M. le professeur S. Pozzi, à l'hôpital Broca. Ils ont soigné, par cet agent thérapeutique, une quinzaine de malades atteintes de métrite simple, de métrite compliquée, de périmérite, d'annexite légère ou de pelvi-péritonite. Ils ont obtenu une amélioration sensible dans les cas d'affections peu prononcées, et concluent en disant que le praticien sera satisfait de la méthode « s'il en limite l'emploi, et ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner ». Tous les jours et régulièrement, sauf

pendant les règles, ils ont fait une application de ventouses d'une durée de cinq minutes.

Mlle Grossmann, en 1908, dans le service du docteur Siredey, étudie ce procédé, et en fait le sujet de sa thèse de doctorat. Sur 18 cas, cet auteur a obtenu 6 guérisons et 9 améliorations très notables. Les trois insuccès se sont produits chez des malades qui ont fait une poussée inflammatoire du côté des trompes, qui a obligé d'interrompre la médication. Tous les jours aux malades hospitalisées, tous les deux jours aux malades de la consultation, une application de ventouses était faite, pendant 10 à 12 minutes.

Technique

La pose d'une ventouse sur le col utérin est une opération très simple. Comme dans tout examen gynécologique la femme doit être en légère position déclive, L'index gauche va à la recherche du col. Ce dernier repéré, sur le doigt vaginal, on introduit le spéculum, transversal, perpendiculaire à la fente vulvaire. Si la femme fait un effort, la vulve s'entrouve et sans peine le spéculum pénètre dans le vagin. Toutefois, avec une vulve étroite on peut user d'un artifice. On engage d'abord un coin, pressant un peu ; les tissus cèdent, on engage l'autre coin et l'opération est terminée.

Les spéculums employés couramment (Cusco, Ferguson, Collin) ne sont pas commodes pour cette petite intervention. Il faut un instrument dans lequel, le pivot des branches soit indépendant de ces dernières. L'orifice vulvaire, voulons-nous dire, doit pouvoir s'accroître comme l'orifice intra-vaginal rituel au début, et indépendamment de celui-ci.

Un spéculum très commode est celui du Dr Jayle. La valve supérieure seule subit le mouvement de bascule. Pour obtenir l'agrandissement de l'orifice spéculaire externe une vis écarte la valve supérieure de l'inférieure en la faisant coulisser le long d'une tige métallique qui les rend solidaires entre elles. On peut ainsi proportionner le diamètre de cet orifice au diamètre de la ventouse à appliquer.

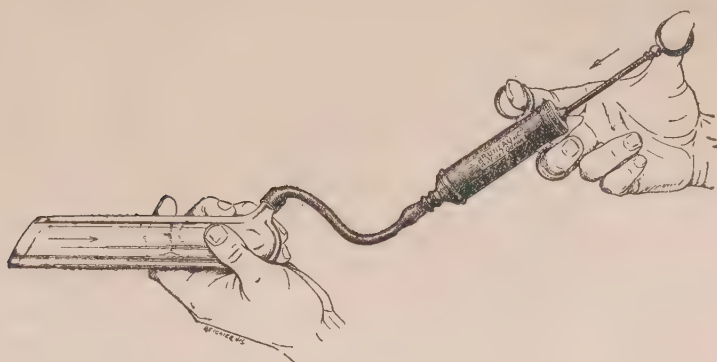
Dans cet écartement de l'extrémité vulvaire des valves, une douleur se produit parfois au fond de la cavité vaginale. Une légère diminution de l'écartement profond, intra-vaginal des valves, suffit pour la faire disparaître. Elle est due à la distension trop grande des culs-de-sacs vaginaux.

Quant à la vulve elle supporte très bien cette distension progressive et les malades n'en souffrent pas du tout. Ici, aucune douleur, analogue, par exemple, à celle qui suit l'application d'une valve à main qui tirelle les tissus davantage et agit plus brutalement.

La ventouse est formée par un cylindre en verre, creux, dont l'épaisseur est de 1 millimètre environ. Formée en dôme à son extrémité vulvaire, elle est taillée en bec de flûte à son extrémité utérine. Le pourtour de cette dernière est arrondi pour éviter le traumatisme du col. Une tubulure latérale, placée sur sa surface cylindrique, en un point exactement perpendiculaire à sa plus grande dimension longitudinale, relie la ventouse à la pompe par un tuyau de caoutchouc. Il existe plusieurs modèles de ventouse ; les unes ont un diamè-

tre plus considérable, proportionné au diamètre du col ; les autres sont en métal et par conséquent plus solides.

Une pompe aspirante et foulante permet de faire le vide dans la ventouse. L'aspiration se fait par abaissement du piston, procédé ingénieux dû au docteur Jayle, ce qui permet de manier la pompe avec une seule main, l'autre étant libre.



Le col découvert, très accessible à la vue, il est très simple de poser la ventouse sans le contrôle de l'œil. On applique le grand côté de cette dernière sous la face postérieure du col utérin. La ventouse d'abord ou secondairement a été reliée à la pompe par un tuyau de caoutchouc. La main gauche appuie légèrement sur la ventouse et la maintient en place. La droite, avec l'index et l'annulaire engagés dans les deux anneaux que porte le couvercle du corps de pompe tient la pompe, pendant que le pouce actionne le piston.

Quelques coups de pompe et le vide est complet. Une pince placée sur le tube de caoutchouc interrompt la

communication avec l'air extérieur. On laisse la ventouse en place cinq minutes. Ce temps écoulé, on enlève la pince ; l'air pénètre dans la ventouse et il ne reste qu'à cueillir celle-ci qui se laisse enlever sans offrir la moindre résistance.

En somme, l'application d'une ventouse sur le col utérin est d'une facilité extrême, ne nécessite pas un outillage considérable et délicat. Elle peut se faire sans le secours d'un aide et sans risque.

A la consultation de gynécologie, du service de M. le professeur S. Pozzi, à l'hôpital Broca, aux femmes en traitement, on fait une application de ventouses, tous les deux jours, suivie d'un pansement glycériné, qu'elles enlèvent le lendemain matin. Durant la journée qui suit, les malades prennent chez elles deux ou trois injections vaginales d'eau bouillie chaude additionnée d'un antiseptique soluble, du permanganate de potasse au millième, généralement.

L'application de la première ventouse produit dans la majorité des cas de la douleur. Cette dernière est plus ou moins violente et de localisation variable : bas-ventre, flancs, région lombaire, point d'application.

Chez certains malades, c'est une douleur sourde, gravative, avec irradiations vers les aines et l'anus ; chez d'autres la douleur est aiguë, analogue à une piqure, amenant parfois des pleurs. Parfois la ventouse cause de la gêne respiratoire : " ça me coupe la respiration " disait une malade d'un point de côté. D'autres fois aux

douleurs s'ajoutent des phénomènes de vaso-dilatation du côté de la face,

Souvent les malades n'éprouvent aucune douleur et supportent très bien cette petite intervention.

Mode d'Action

Comment agit cet agent thérapeutique ? Nombreuses ont été les explications, aussi nombreuses que les auteurs qui les proposent.

Pour Büchner le processus de guérison est dû à la stase sanguine elle-même et à l'afflux considérable de leucocytes que cette dernière provoque, soldats nombreux qui phagocytent les microorganismes du col.

L'explication de Heller est plus savante, plus compliquée. La stase sanguine retient au voisinage des bactéries les produits élaborés par elles, les toxines, qui les tuent.

Pour Cornil la défense se ferait dans les tissus malades. Les toxines attaquent les tissus, provoquent des phénomènes de réaction, de défense, exaltant la production des éléments cellulaires. Sous l'influence de rétention des produits toxiques, du tissu conjonctif cicatriciel se forme, plus résistant et moins sensible que le tissu normal.

Hambürger invoque l'intervention de phénomènes biologiques d'un autre ordre. Par la ventouse, il y a appel de sang et arrêt de la circulation de retour. Le sang qui irrigue le col est du sang asphyxique, pauvre en oxygène, riche en acide carbonique. L'accumulation de ce dernier, augmente le pouvoir bactéricide du sérum, d'où disparition des éléments figurés infectants.

Pour Baumgartner et Heyde, la stase veineuse cause deux phénomènes physiques importants. L'hyperémie veineuse amène une transsudation plus grande qu'à l'état normal à travers les éléments du col : les toxines qui baignent les tissus sont ainsi diluées, et leurs facultés nocive moins grandes. A ce phénomène d'osmose comme dans la théorie d'Hambürger, s'ajoute l'augmentation de CO_2 du sang, qui prive les microbes d'un élément important, l'oxygène, nécessaire à leur existence.

Enfin pour d'autres auteurs, il se passe là un phénomène réactionnel analogue à celui que l'on observe dans l'inflammation. Simultanément à l'apport sanguin considérable, il y a un afflux de leucocytes en abondance, ainsi que le dit Büchner, qui phagocytent les bactéries du canal et celles incluses dans les tissus.

Sous la ventouse, le col devient vite violacé, assez souvent noir ; s'il existe des glaires ou du pus dans le canal cervical ils sortent par l'orifice ; s'il y a une ulcération, du sang ordinairement en petite quantité s'écoule avec les glaires.

Quand on retire la ventouse, le col présente des as-

pects variables suivant les cas ; souvent il est allongé, aspiré qu'il était par la ventouse, toujours il est violacé, mais ordinairement il ne tarde pas à rosir. Il est le plus souvent recouvert de glaires et de sang coagulé que l'on enlève avec un tampon. Lorsqu'il existe une surface ulcérée elle apparaît noire ; parfois aussi on voit sur la muqueuse cervicale normale de petites taches ecchymotiques.

Ce dernier aspect nous l'avons observé très nettement. Au lieu d'un col uniformément violacé, nous avons vu (Obs. II) un col criblé de petites taches ecchymotiques, grosses comme une lentille, de couleur rouge vif, séparées par des intervalles de muqueuse rose pâle, comme la muqueuse vaginale. Ce phénomène est disparu, sitôt la ventouse enlevée.

A côté de ces phénomènes biologiques de stase, plus ou moins complexes, il nous a semblé qu'un phénomène purement physique, méritait une mention et n'était pas sans action sur la marche des processus de guérison ; nous voulons dire l'aspiration du pus.

Le col est engoué par des liquides qui n'ont aucune tendance à s'écouler au-dehors, vu leurs caractères physiques ; ils sont épais, visqueux, très adhérents. La ventouse les aspire, déterge le col, vide la cavité ; la prépare à ressentir mieux et plus fort l'action des agents thérapeutiques qui complètent le traitement,

Certaines productions, qui obstruent le canal cervical, peuvent même disparaître par ce moyen : Kystes cervicaux, œufs de Naboth.

Et enfin, comme le dit Mlle Grosmaun, « l'aspiration a encore une autre action mécanique, attiré, happé, en quelque sorte par la ventouse, le col s'engage dans la cavité de l'instrument d'autant plus loin que le vide est plus grand ; puis quand la ventouse a été retirée, le col revient sur lui-même et se resserre. Ces alternatives de dilatation et de rétraction, effectuent une sorte de massage de la région cervicale. »

Indications

L'intervention chirurgicale dans les métrites chroniques, avec cols sténosés, ou gros, en mauvais état, avec ou sans lésions annexielles, est de règle, et donne les meilleurs résultats, incontestablement. Mais toutes les malades ne veulent point s'y soumettre, et alors l'on est obligé de recourir au traitement médical.

Toutes les métrites peuvent bénéficier d'applications de ventouses sur le col utérin. Mais il est des indications plus particulières qui découlent de l'état anatomique de l'organe malade, des caractères de la suppuration.

La forme du col peut par elle-même être une cause de rétention du pus, de même que ses lésions. Tous les cols ne sont pas perméables au même degré. Chez la multipare on en trouve dont l'orifice est tout petit, en trou d'aiguille, qui sont sténosés, en cône, à sommet pointu, en museau de tapir. Le pus collecté distend le canal au-dessus de son orifice de sortie et donne au col la forme en barillet. C'est de ceux-là dont M. le profes-

seur Pozzi, dit, dans son traité de gynécologie : « Chez la multipare existe une variété intéressante de métrite chronique : le trait principal y est constitué par l'étriction réelle ou relative de l'orifice externe du col qui met obstacle au libre drainage de la cavité, pour peu que la sécrétion y soit anormalement abondante. Il en résulte un engouement muqueux, c'est-à-dire une accumulation de mucus dans l'intérieur du col qui se dilate à la façon d'un barillet. Toutes les formes du col congénitalement étroit sont susceptibles de présenter cette sténose anormale en trou d'aiguille de l'orifice externe, mais elle se rencontre plus particulièrement dans le col conique. »

D'autres, malgré des dimensions qui paraissent suffisantes, ont les lèvres comme entropionnées, d'où une résistance considérable opposée à l'écoulement des liquides.

La stomatoplastie, opération créée par M. le professeur S. Pozzi, est alors toute indiquée. Alors, si la malade refuse cette petite intervention, les ventouses sont très utiles.

Et à ces dispositions anatomiques, s'ajoutent des causes physiologiques, réaction de défense, amenant une vascularisation plus grande de l'organe, d'où sa turgescence par un apport sanguin considérable. Des lésions se créent, qui par cicatrisation peuvent unir l'une à l'autre les parois malades du canal. La surface de la muqueuse est rugueuse, hérissée de petites saillies, qui lui donnent souvent un aspect velouté. L'épithélium de

revêtement est profondément altéré, parfois complètement détruit.

Dans la plupart de nos observations, l'utérus n'était pas dans la position physiologique, et quelquefois même il avait perdu sa mobilité habituelle. Nous nous demandons si là ne serait pas un facteur prépondérant dans la rétention du pus par la gêne apportée à l'écoulement des liquides pathologiques, l'infection ayant dépassé le col.

Chez certaines malades en effet, la ventouse donne la valeur de deux bonnes cuillerées à café de liquide. Il est difficile de croire que ce dernier était contenu dans la seule cavité cervicale. D'ailleurs la métrite cervicale n'est qu'une étape vers l'infection de l'utérus en entier et des annexes. Des produits de sécrétion et d'excrétion se rencontrent du bas jusqu'en haut, et une flexion en avant ou en arrière du corps de l'utérus sur le col diminuant au niveau de la coudure le calibre de la cavité a bien des chances de s'opposer à l'écoulement des liquides.

Une autre indication de l'emploi de cette méthode thérapeutique, nous paraît découler, non de l'état ou d'une disposition anatomique de l'organe malade, mais des caractères du pus.

Dans certaines métrites, les liquides pathologiques sont limpides, dans d'autres plus filants, mais s'écoulent encore avec une certaine facilité. Souvent, les caractères du pus, sont celui d'un liquide albumineux, gluant, qui adhère fortement aux parois du canal cervi-

cal. Une forte aspiration, violente, détache le pus, nettoie la cavité et prépare ainsi la voie aux agents thérapeutiques dont l'action directe ainsi facilitée sera plus marquée. Sans vouloir faire de cette méthode un procédé de guérison, elle peut être très utile pour déterger un co en vue d'une intervention chirurgicale ou dans un but de limitation des processus infectieux. C'est ce qu'en disait M. Tuffer, parlant de cette méthode employée dans des affections autres que les métrites, dans le Bulletin de la Société de Chirurgie du 13 février 1907. « Il est une dernière indication de la méthode que nos succès semblent justifier : c'est pour combattre les infections inévitables ou déjà menaçantes... Dans toute infection chirurgicale notre rôle consiste à prévenir bien plus qu'à guérir les processus infectieux ».

Après une intervention sur le col utérin, dans les métrites, l'application des ventouses sur le col est encore utile pour déterger soigneusement le champ opératoire qui suinte encore, favorisant ainsi les processus cicatriciels et accélérant la guérison par le concours de tous les phénomènes biologiques et physiques dans la lutte contre l'infection.

La sédation de la douleur qui nous est apparue comme le résultat le plus fréquent et le plus rapide, mérite qu'on essaie les ventouses dans toute métrite douloureuse localisée au col ou étendue à tout l'appareil génital. Comme dans le panari, la douleur ne serait-elle pas produite par la distension de la cavité par les produits pathologiques.

Une autre indication est celle qui résulte du refus par une femme, ayant de la métrite localisée ou non, avec col en mauvais état, lésion de tout l'appareil génital et de voisinage, de subir une intervention chirurgicale aussi simple soit-elle. D'autres fois aussi, chez des malade jeunes, atteintes de métrites avec annexites, l'emploi de ventouses permet de gagner du temps, de voir si l'infection ne suivra pas une marche régulière, ce qui éviterait alors une intervention mutilante sur l'utérus et les annexes.

Les contrindications de la méthode sont peu nombreuses. Sans doute on ne songera jamais à appliquer des ventouses sur le col, pendant une crise de salpingite aiguë, avec vives douleurs et température. Ce serait dangereux et la malade retirera un bénéfice plus grand du repos complet au lit, et de la glace sur le ventre. Mais dans le cas de salpingite subaiguë, refroidie, elle peut contribuer beaucoup à endormir la douleur, et même à diminuer le volume de l'organe malade, comme nous l'avons observé une fois : obs. VI.

Rudolph, de Vienne, et Bauer assistant du professeur Lott, font de l'utérus gravide, une contrindication formelle, à l'emploi des ventouses sur le col. Il nous paraît plus prudent d'être de l'avis de ces auteurs, bien que nous ayons observé une femme enceinte, chez laquelle sept ventouses laissèrent la grossesse évoluer jusqu'au terme. La ventouse produit une intense congestion pelvienne un massage énergique du col suffisant pour éveiller la contractilité de l'utérus.

Résultats

Sur les douze malades dont nous rapportons l'observation, soignées régulièrement par des applications de ventouses et des pansements glycélinés, tous les deux jours, les résultats obtenus touchant la guérison de leur métrite, sont intéressants.

Deux seules peuvent être considérées sinon comme guéries au moins grandement améliorées : Obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII. La sédation de la douleur s'est montrée comme le phénomène le plus constant, le plus apparent et le plus rapide. Deux seules malades, celles des observations X et XI ont continué à souffrir comme par le passé.

L'application de la ventouse produit souvent un premier phénomène bruyant, la douleur laquelle est variable avec chaque individu, mais en général supportable, et de moins en moins intense à mesure que s'accroît le nombre des applications de ventouse. Jamais nous n'avons observé de douleurs intolérables, provoquant des

crises de nerfs, et même la syncope comme l'ont signalé certains auteurs.

A cette douleur provoquée par la ventouse, le plus souvent fait place une sédation marquée. Les malades se sentent plus légères, plus aptes à reprendre leur existence habituelle. Toutes en sont très satisfaites, et signalent la chose avec enthousiasme :

« Il n'y a que ça qui me soulage, les ventouses est ce qui me soulage le plus ». R. Bauer, assistant du professeur Lott, Jayle et Lœvy, Grosmann signalent le même fait qu'ils mentionnent dans la majorité de leurs observations.

Moins constante et moins sensible de beaucoup est l'action des ventouses sur les pertes. Deux fois, dans les observations I et II, nous avons vu leur disparition presque complète, il persistait un très léger suintement ; dans six observations : III, IV, V, VI, VII, VIII nous avons remarqué leur diminution et leur modification. Les pertes deviennent moins abondantes, le pus est plus limpide, il perd ses caractères de grande viscosité qui le rendent adhérent au col. Parfois aussi sa couleur change, de jaune verdâtre, d'ambrée, elle devient opaline, presque « comme de l'eau ». Aucune modification du pus ne s'est produite chez les malades qui font le sujet des observations IX, X et XI.

Mlle Grosmann, dans six cas sur dix-huit, a noté la complète disparition des pertes, et neuf fois leur amélioration très notable.

Jayle et Lœvy ont vu également se produire la di-

minution des pertes, presque complète, mais jamais leur disparition absolue.

Pour Bauer cette amélioration n'est que passagère. Les pertes se reproduisent aussi abondantes aussitôt que la médication est interrompue.

Nous-même, d'après nos observations, n'avons vu survenir une disparition presque absolue des pertes, que deux fois, chez des malades dont l'état général était excellent, sans grosses lésions annexielles. Il n'en est plus de même chez les malades dont tout l'appareil génital est touché, avec utérus en position vicieuse et fixe.

Les mêmes auteurs disent que la ventouse a une action sur les phénomènes douloureux, la réapparition régulière, l'abondance du flux menstruel, et la qualité du sang. Nous avons noté le fait deux fois : Obs. V et IX.

Pour Grossmann, la ventouse amène la cicatrisation rapide des ulcérations du col. Jayle et Lœvvy ont vu des traînées d'épithéliasation comme on remarque sur les plaies en voie de cicatrisation, mais ils ne citent pas de cas de guérison complète. Les résultats obtenus par R. Bauer, ont été nuls ou à peu près. Nous-même n'avons pas été heureux. Une seule malade, a guéri en trois semaines une petite ulcération du col : c'est celle de l'observation VI. Et encore, il y a lieu de se demander si l'application de teinture d'iode sur la surface ulcérée n'a pas eu une action plus grande que les ventouses.

La ventouse a une influence heureuse sur les lésions

annexielles et la congestion du bassin fait note par Jayle et Lœwy, et que nous avons observé une fois d'une façon très nette. La malade de l'observation VI, avait au début du traitement des annexes grosses à droite comme une noix à gauche comme une mandarine. Après la 70^e ventouse, on ne sent plus guère l'annexe droite, la gauche est diminuée de moitié et la sensibilité des culs-de-sac vaginaux au toucher est également bien moins grande.

Certains auteurs ont noté l'aspiration de petits kystes du col, fréquents dans ces affections, qui éclatent et disparaissent ainsi rapidement. La malade de l'observation VII, présentait sur la lèvre antérieure du col un kyste, gros comme la tête d'une grosse épingle. Malgré l'application de très nombreuses ventouses, faites très régulièrement, on fut obligé de détruire le kyste au thermocautère.

Les cols gros et durs des métrites chroniques semblent ne retirer qu'un mince bénéfice de l'emploi de cet agent thérapeutique. Ils gardent longtemps leurs caractères et ne se modifient que bien peu. L'emploi de moyens plus directs et plus violents, tels que la thermocautérisation sont alors tout indiqués et préférables. Cependant, une fois, chez la malade de l'observation IX, nous avons noté une diminution légère du col utérin gros et résistant au toucher, et aucune modification chez les malades des observations : IV, VII, X, XI.

Pendant l'application de la ventouse du sang s'écoule parfois en abondance avec les glaires. Jayle et Lœwy,

en ont recueilli jusqu'à un verre à Bordeaux. Mlle Grossmann, signale de véritables métrorragies; il est vrai que les ventouses dans ce cas étaient appliquées au début des règles, alors que l'apparition de ces dernières, nous indiquaient d'interrompre momentanément cette médication.

D'ailleurs, comme le disent les deux premiers auteurs, ces écoulements sanguins plus ou moins abondants s'arrêtent toujours spontanément, après l'enlèvement de la ventouse.

Rudolph, de Vienne, a préconisé cette méthode thérapeutique dans la pratique des avortements. R. Bauer la rejette impérativement comme par trop dangereuse à cause des hémorragies formidables dont elle peut-être la source.

Nous citons l'observation d'une femme enceinte Observation XII, chez qui, le Dr Jayle, pour déterger un col sanieux, crut devoir prescrire l'application de ventouses. Sept ventouses furent appliquées d'une façon suivie et régulières. Les pertes sont allées en diminuant et l'emploi de cet agent thérapeutique, n'a provoqué aucun phénomène alarmant du côté de l'utérus gravide. La grossesse a suivi son évolution physiologique, et la femme a accouché à terme, sans aucune infection, à la clinique Tarnier, d'un enfant vivant, du poids de trois kilogs. Le fait est intéressant et méritait d'être noté.

Dans le même ordre de faits, la malade de l'Obs. VIII qui n'avait jamais eu d'enfants, depuis cinq années de mariage est devenue enceinte pendant le traitement de

sa métrite. La détersion du col utérin n'est peut-être pas étrangère à sa perméabilité. Comme le précédent ce phénomène présente un réel intérêt.

Nous aurions voulu rapporter quelques résultats éloignés, pour voir si la guérison ou l'amélioration des malades obtenue par l'application régulière de ventouses sur le col utérin avait été durable. Malgré nos recherches, nous n'avons pas retrouvé une seule des malades citées dans l'article de la Presse médicale de Jayle et Robert.

Nous n'avons revu que la malade qui était enceinte lors de l'application des ventouses sur le col.

Actuellement son état n'est pas amélioré, et ses pertes sont aussi abondantes qu'au début. L'utérus en rétroversion bombe dans le douglas, on ne sent pas les annexes, le col est gros, l'orifice béant entouré par une collerette de un centimètre de diamètre, rouge vif. Il est vrai que même après un accouchement physiologique, sans suites de couches bruyantes, la métrite chronique endormie a pu se réveiller après un si grand traumatisme. La malade, comme d'habitude a quitté l'hôpital le dixième jour de ses couches et a vaqué à ses occupations ordinaires.

En résumé, deux malades ont été sinon guéries tout au moins grandement améliorées, toutes les autres à l'exception de deux améliorées. La ventouse est un sédatif puissant de la douleur, très efficace dans la majorité des cas ; elle contribue également à la diminution et à la modification des pertes. Les lésions annexielles peuvent céder sous son influence, les régulariser. Com-

me le dit M. Tuffier « c'est un adjuvant utile » et il convient de combiner son emploi à celui d'autres moyens, en associant leurs actions propres dans le but d'obtenir le maximum d'effet utile.

OBSERVATION I

M. F. 21 ans.

Elle vient à l'hôpital le 30 novembre 1910, parce qu'elle souffre dans le ventre à droite comme à gauche.

Aucun antécédent héréditaire.

A 12 ans, fièvre typhoïde. Les premières règles apparaissent à 13 ans ; elles sont très régulières, très abondantes (4 ou 5 serviettes par jour) indolores, formées de sang rouge sans caillots et durant 4 jours.

Il y a 4 ans en 1905, accouchement physiologique, à terme, sans suite de couches.

Il y a 7 mois, fausse couche de 3 mois. Dès lors, les règles perdent leur régularité et leur caractère habituel. Il y a 5 mois, curetage utérin : indolore, non suivi de pertes sanguines ou autres.

Deux mois après le curetage : pertes jaunes, sentant mauvais ; douleurs à la miction ; souvent faux besoin d'uriner.

Depuis qu'elle est malade les règles sont toujours régulières, mais plus abondantes (8 serviettes) avec caillots, douloureuses et durent 8 jours.

Les dernières, datent du 18 novembre, et ont présenté tous les caractères précédents.

La malade perd beaucoup en blanc : ces pertes sont inodores, continues, et peu irritantes.

En outre depuis 6 mois, élancements dans le ventre, avec points plus douloureux des deux côtés. Douleurs dans les cuisses avec irradiations lombaires, calmées par le repos. Ces douleurs sont très vives, comme si on la piquait avec une aiguille

Aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Etat général bon.

Examen génital, vulve. — Grandes et petites lèvres, système pileux bien développés. Hymen circulaire, incisé et disparu par places. Méat rosé. Pas de colpoçèle antérieur et postérieur. Pas de bartholinite. Périnée résistant. Pas de déchirure de la fourchette.

Toucher. — Le col regarde en arrière et en bas, un peu gros, cylindrique, de consistance molle. Son orifice est transversal et béant. Ulcérations.

L'utérus est mobile, petit, dur, indolore à la pression en ante flexion et retroposition.

On sent les annexes surtout à gauche.

La malade a eu 10 ventouses et autant de pansements glycélinés. On touche les ulcérations à la teinture d'iode : elles disparaissent au bout de huit jours.

La première ventouse provoque une violente douleur dans le ventre disparue deux heures après.

Sous la ventouse, le col est violacé, gros et turgescant. Du pus épais, très filant, sort en abondance par son orifice : la valeur de 2 cuillerées à café.

Les ventouses suivantes sont bien moins douloureuses et la malade les supporte très bien. Le pus diminue en quantité et se liquéfie.

Les douleurs pour lesquelles la malade est venue sont disparues et malgré la fatigue ne réapparaissent pas. Aucune modification dans les règles.

Le 13 janvier 1911, le col est diminué de volume, rosé, de consistance élastique.

L'application de la 10^e ventouse est indolore et ne donne pas issue à la moindre goutte de liquide.

La malade s'en va, grandement améliorée.

OBSERVATION II

V. 24 ans, nullipare.

Vient en octobre 1910 à la consultation parcequ'elle souffre dans le ventre et a des pertes blanches.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure. Les premières règles se montrent à 15 ans elles sont régulières, peu abondantes (1 serviette par jour) douloureuses, d'une durée de 4 jours. Pas de pertes blanches dans l'intervalle.

Le rapport à 18 ans. Aucune modification des règles.

Jamais de grossesse ; pas de fausse-couche.

Depuis 4 mois, sont apparues des pertes, et depuis 1 mois les douleurs calmées par le repos.

Aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Aucun autre trouble somatique.

Etat général bon,

Examen génital. — *Vulve.* — Système pileux bien développé. La muqueuse vulvaire est rosée et humide. Le périnée est intact, l'hymen circulaire, incisé, entier. Pas de bartholinite.

Toucher. — Le col est petit, dur, pointu,

Les culs de sac vaginaux sont libres et souples.

L'utérus est petit, dur, très mobile, et en anté flexion.

On ne sent les annexes, ni à droite ni à gauche.

Speculum. — Col tout petit, en pain de sucre, à orifice sternalisé, en trou d'aiguille, où sourd une goutte de mucus épais.

Diagnostic. — Métrite.

On fait à la malade 17 applications de ventouses combinée à des pansements glycélinés.

L'application de la première ventouse est très peu douloureuse et très bien supportée. Elle aspire la valeur d'une cuillerée à café de glaires striées de sang. Le col est comme aspiré, augmenté de volume, et au lieu de la teinte asphyxique habituelle,

il présente un piqueté hémorragique, à taches grosses comme des lentilles, séparées par des surfaces de muqueuse à peine un peu plus rosée qu'à l'ordinaire.

Dès la 10^e ventouse, il ne s'écoule plus de sang et les glaires diminuent en quantité et se fluidifient. La dernière, amène à peine un peu de liquide limpide. Le malade n'est plus revenue à la consultation.

Aucune modification des règles — disparition des douleurs. — Amélioration notable.

OBSERVATION III

M..., 37 ans, couturière.

Vient à la consultation parce qu'elle accuse des douleurs dans le ventre sans localisation, et parce qu'elle a des pertes depuis 4 mois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladie antérieure. Les premières règles ont fait leur apparition à 17 ans : douloureuses, abondantes, rouges, avec caillots quelquefois, d'une durée de 4 jours.

Pas d'accouchement ; fausse couche il y a un an.

Rien du côté des appareils digestifs, cardio-pulmonaire, du système nerveux.

Aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Etat général plutôt médiocre.

Examen génital. — *Vulve.* — La vulve est humide ; du pus glaireux est sur les poils qui sont bien développés. Le meat urinaire est rouge. L'hymen est circulaire, entier, incisé. Pas de bartholinite. Périnée intact et résistant.

Toucher. — Le col est conique, petit, et regarde en haut et en avant. L'orifice est transversal.

Les culs de sac antérieur et latéraux sont libres et souples, indolore à une pression profonde.

Dans le cul de sac postérieur on sent le corps de l'utérus, petit, dur, en rétroversion et rétroflexion. Il est réductible.

Les annexes ne sont pas perceptibles.

Spéculum. — Le col est conique, rosé. L'orifice transversal laisse sourdre une goutte de pus très épais et très visqueux.

Diagnostic. — Métrite avec rétroversion et rétroflexion utérines.

La malade vient régulièrement se faire panser tous les deux jours. On la ventouse et lui applique des tampons glycéринés. Elle a eu 18 ventouses.

La « ventousation » du col est indolore ; pendant l'opération le col est violacé, turgésent, mais rosé de suite après. Les premières ventouses donnent du pus très épais et visqueux, mélangé à du sang noir, qui s'arrête dès que la ventouse est enlevée.

La malade perd beaucoup moins, presque plus.

La ventouse donne peu, quelques gouttes de pus pur, non mélangé de sang. Le pus est plus limpide. Mais le phénomène qui attire l'attention de la malade est la sédation considérable des douleurs qu'elle ressent à peine. Aucune modification des règles.

En résumé, on note une amélioration des pertes, et la sédation des phénomènes douloureux.

OBSERVATION IV

G. J. 28 ans, ménagère.

Elle est venue à la consultation le 26 juillet 1910, parcequ'elle a des pertes, et souffre dans le ventre.

Père mort à 60 ans d'un cancer à l'estomac ; mère et deux frères vivants et bien portants.

Pas de maladies antérieures.

Elle a été réglée à 15 ans : les règles sont très douloureuses jusqu'à 20 ans, peu abondantes « presque » rien, formées de sang noirâtre ; leur durée est de 4 jours. Il y a des pertes blanches dans l'intervalle.

Mariée à 27 ans, Les règles se modifient après les premiers rapports sexuels. Elles deviennent plus abondantes et durent quatre jours, absolument indolores. Le sang en est rouge.

Depuis quatre mois, pendant la période intermenstruelle la malade a remarqué l'apparition, trois ou quatre fois, par jour, à la vulve d'un flot de pus vert et très épais qui irrite les tégu-ments environnants, et empêche le linge.

Jamais de grossesse, ni de fausse couche.

Aucun signe d'insuffisance ovarienne.

L'état général de la malade est bon. Les poumons et le cœur ne présentent rien. Malgré une très mauvaise denture, il manque toutes les molaires du haut et du bas, l'appétit est bon, les digestions faciles et l'on note l'absence de constipation.

Examen génital. — *Vulve.* — Elle est rosée, Le système bilieux est bien développé, les petites lèvres sont brunes dépassant les grandes. Pas de bartholinite. L'hymen circulaire, incisé est en partie disparu.

Toucher. — Le col utérin est gros, cylindrique, de consistance dure. L'orifice en est transversal et béant ; il admet facilement la pulpe du doigt explorateur.

Les culs-de-sac latéraux, l'antérieur et le postérieur sont libres et souples, indolores à la pression.

L'utérus est petit, dur, mobile en tous sens, non douloureux, dévié à gauche.

On ne sent les annexes, ni à gauche, ni à droite.

Spéculum. — On voit un col cylindrique, gros, dont l'orifice

est béant et rempli par du pus crémeux, verdâtre, très épais et très adhérent.

Diagnostic. — Métrite gonococcique simple.

La malade est venue se faire soigner pour la première fois le 26 juillet 1910. La première ventouse appliquée ce jour-là ne provoque pas de la douleur, mais rend la respiration difficile. « Ma respiration est coupée » dit-elle. Ce phénomène se reproduit à chaque pansement.

La malade ne cesse de venir en août et en septembre. Elle vient régulièrement depuis le 1^{er} octobre.

Le col est aspiré dans la ventouse à chaque fois ; il devient turgescant et asphyxique. La ventouse enlevée, on enlève la valeur de deux cuillerées à café de ce pus crémeux et vert.

Cette thérapeutique associée aux pansements glycerinés provoque un très grand soulagement ; la malade éprouve une sensation de pesanteur à l'anus.

Aucune modification du col, ni des règles qui ont leur rythme et caractères habituels.

Le 10 janvier 1911, la malade perd encore beaucoup, la ventouse donne à peine une demi-cuillerée à café de pus. Mais ce dernier n'a pas perdu ses caractères. On a appliqué 24 ventouses.

OBSERVATION V

S. 45 ans, ménagère.

La malade vient à l'hôpital le 21 novembre 1910 parce qu'elle souffre dans les reins et le ventre depuis 3 ans, et que ces douleurs augmentent d'intensité depuis 1 an.

Les premières règles apparaissent à 15 ans : elles sont irrégulières (retard de 10 au 15 jours) peu abondantes ; le sang est rouge, sans caillots durent 4 ou 5 jours et sont indolores. Pas de pertes blanches dans l'intervalle.

Pas de fausse couche.

A 31 ans, accouche à terme, d'un enfant vivant qui se présente par la face. Lever 10 jours après l'accouchement. Elle allaite 10 mois son enfant, sans voir ses règles. A cette époque, la malade constate des pertes jaunes qui disparaissent au bout de 2 mois. Les règles se rétablissent normalement.

Depuis 1907, les règles sont irrégulières, peu abondantes, durent 8 à 10 jours, parfois moins, avec caillots, sentent très mauvaises et sont douloureuses.

Les règles sont toujours suivies de pertes jaunes, qui sentent mauvais et empestent le linge.

En outre depuis cette époque, la malade éprouve de fortes douleurs continues dans le bas-ventre, à gauche, sans irradiation dans les cuisses et vers l'anus, parfois sourdes, parfois lancinantes, calmées par le repos.

Examen génital. — Hyperpigmentation des petites lèvres : elles sont noires. La petite lèvre droite est déchirée en haut. La vulve est humide, l'orifice vaginal béant. Hymen disparu à droite, conservé à gauche. Colpocèle antérieur et postérieur. Déchirure de la fourchette. Périnée flasque. Vulve béante.

Toucher. — Col gros, rénitent, à orifice circulaire.

Corps utérin est gros, dur, indolore à la pression, en rétroversion, peu mobile et difficilement réductible.

Annexes douloureux à droite et à gauche. Empâtement des deux culs-de-sacs latéraux du vagin.

Diagnostic. — Annexite double et pelsi-péritonite.

Dès le premier jour on fait une ventouse. L'application est très bien supportée et cause peu de douleur : « Ça tire » disait la malade. La ventouse donne des glaires très épaisses, abondantes, striées de sang. Le col est violacé pendant l'opération, et reprend après sa forme habituelle, rose pâle. Les douleurs sont un peu moins fortes.

La malade perd beaucoup moins, et l'aspiration du col donne moins de pus. On ne constate aucune amélioration du côté des annexes, et de l'empâtement des culs-de-sac.

Les règles qui étaient irrégulières et douloureuses durent 8 jours et sont indolores.

Quant aux douleurs elles n'ont pas disparu et la malade souffre toujours dans les reins et le bas-ventre à peu près autant. A la 12^e ventouse, le 16 janvier, le col est un peu humide, et l'opération amène une cuillerée à café de sang pur sans mélange de pus.

OBSERVATION VI

C. L., 37 ans.

Le malade vient à l'hôpital se faire soigner depuis le 11 mai 1910 parce qu'elle a des pertes et souffre dans le ventre, les reins, les cuisses.

Père est mort à 65 ans, sa mère à 55 ans, un frère et 2 sœurs morte à 24, 17 et 22 ans. Il reste 1 frère bien portant.

Dans sa jeunesse elle a eu la rougeole et la fièvre typhoïde. Les premières règles apparaissent à 16 ans. Pendant un an elles sont irrégulières, peu abondantes (les serviettes étaient à peine souillées) très claires.

A 17 ans, les règles se régularisent, mais avec une avance de 4 ou 5 jours, toujours peu abondantes et en outre douloureuses.

La malade dit n'avoir jamais eu de pertes blanches ; cependant de temps à autre elle remarque qu'elles sont jaunâtres et empèsent le linge.

A 22 ans, elle est soignée à la Charité pour métrite, où elle séjourne trois mois. Guérie elle demeure dix ans sans souffrir.

Depuis 4 ans elle souffre de nouveau.

A l'heure actuelle on note des pertes blanches, très épaisses, peu irritantes qui empêchent le linge.

Aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Etat généralement bon.

Jamais de grossesse et pas de fausses-couches.

Examen génital. — *Vulve.* — Système pileux bien développé. Petites lèvres brunes-hymen circulaire, incisé. Pas de bartholinite.

Toucher. — Le col est cylindrique, petit, à orifice petit et transversal. Le col est de consistance élastique.

L'utérus est petit en anteflexion très marquée, indolore et mobile.

Dans les culs de sac vaginaux, à droite on sent une masse grosse comme une noix, à gauche grosse comme une mandarine les masses sont douloureuses à la pression. Le cul de sac postérieur est libre.

Spéculum. — Col cylindrique petit, à orifice transversal très étroit, où s'écoule une goutte de pus jaune verdâtre, très épais strié de sang. On remarque en bas et à gauche de l'orifice une ulcération petite.

La 1^{re} ventouse n'est pas douloureuse, elle donne du pus strié de sang en abondance. Les douleurs éprouvées par la malade se calment. Elle nous dira plus tard : « la ventouse est ce qui me soulage le plus ». On complète ce traitement par un pansement glycériné, et quelques applications d'air chaud. L'ulcération du col s'est cicatrisée au bout de 3 semaines.

Au 10 janvier la malade qui est venue très régulièrement a eu 70 ventouses. Du pus verdâtre, épais, collant, s'écoule toujours par l'orifice du col, mais en moins grande abondance. Le phénomène le plus frappant est la sédation de la douleur. Au début la malade souffrait dans les reins, les cuisses et les aines. Actuellement ces douleurs sont bien calmées, disparues même. Et

elle peut se livrer à ses occupations sans les ressentir jamais. La ventouse est ce qui la soulage le mieux.

Aucune modification des règles.

On constate en outre une diminution de moitié des annexes malades et leur sensibilité moins grande.

OBSERVATION VII

R. M. 50 ans, multipare.

La mère a eu 12 enfants vivants, l'une de ses sœurs 22 enfants, une autre 14.

Un seul frère vivant, tous les autres sont morts.

Les premières règles apparaissent à 11 ans 1/2 : elles sont régulières, durent 3 ou 4 jours, indolores, peu abondantes (elle sautait 2 serviettes).

A cette âge, elle a la variole et cesse d'être réglée pendant 18 mois. Après ces quelques mois les règles reviennent ayant leurs caractères antérieurs.

Il y a 3 ans, en 1907, bartholinite qu'on incise. Périodiquement la glande s'enflamme tous les mois au moment des règles, ce qui incommodé fort la malade.

Elle a toujours eu des pertes blanches. Celles-ci sont beaucoup plus abondantes depuis 3 mois environ, et deviennent jaunes et fétides. Des douleurs apparaissent dans le bas ventre, surtout à gauche et aussi dans les cuisses.

Quelques bouffées de chaleur sont apparues depuis environ 3 mois, avec sueur et céphalée, insomnies fréquentes et troubles stomacaux.

Depuis 2 ou 3 ans, nervosité, irritabilité plus grande.

L'état général est bon, malgré un léger amaigrissement. Les seins sont très gros ; ils l'étaient à l'âge de 16 ou 17 ans.

Pas de grossesses, pas de fausse couche.

Examen génital. — *Vulve.* --- Système pileux bien développé. Les petites lèvres sont brunes et fermes, dépassant les grandes. L'hymen n'existe plus que sur les côtés et en avant à l'état de bourrelet. La malade n'a cependant jamais eu de grossesse.

L'orifice vaginal est large, et la paroi antérieure très plissée bombe un peu dans l'orifice.

De chaque côté sont des plaques rouges de bartholinite : traces rouges d'incision et cul-de-sac dans lequel un stylet peut pénétrer de 1 centimètre environ.

À la palpation on sent nettement les glandes enflammées formant un nodule assez gros et dur.

Toucher. — Le col est gros ; il mesure au moins 3 centimètres de large. Son orifice est transversal et un peu oblique. Sur la lèvre antérieure du col on sent à la palpation un petit kyste du volume de la tête d'une grosse épingle.

L'utérus est en antéversion et en antéflexion ; il est un peu bosselé comme s'il y avait de petits fibromes.

Le doigt explorateur sent les annexes du volume d'une amande à droite, à contours un peu empâtés, du volume d'un œuf et douloureuses à gauche.

Spéculum. — Le col est gros, jaunâtre, présentant quelques granulations, surtout à droite. Sur la lèvre antérieure, kyste gros comme la tête d'une grosse épingle.

Diagnostic. — Métrite chronique et annexité double.

On a fait 60 ventouses à la malade dont l'application n'a jamais été douloureuse.

Le col est asphyxique pendant que la ventouse est appliquée, puis revient vite à sa coloration habituelle. Le kyste n'est pas disparu par ce traitement ; il a fallu le détruire au thermocautère.

Il y a une diminution très notable du pus qui en outre a perdu ses caractères. De collant, visqueux et jaunâtre qu'il était, il est devenu opalin et plus limpide.

Le col est toujours gros, rosé, non diminué de volume.

Les règles ont tous leurs caractères antérieurs.

Les douleurs éprouvées par la malade sont totalement disparues.

OBSERVATION VIII

C. M. nullipare de 28 ans.

Vient à la consultation le 28 mars 1910 parce qu'elle souffre, dans la cuisse droite et perd en blanc.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladie antérieure. Premières règles à 17 ans ; elles sont indolores et très peu abondantes, irrégulières : 15 jours ou 3 semaines de retard. Pas de pertes blanches entre les règles.

Premier rapport à 23 ans ; aucune modification des règles.

Pas de fausse couche ; pas de grossesse.

La malade perd en blanc depuis un an et demi : ces pertes qui ne sont pas très abondantes, empèsent le linge, et occupent tout l'intervalle des règles.

Examen génital. — *Vulve.* — Système pileux bien développé. Muqueuse rosée, humide. Hymen circulaire, incisé. Pas de bartholinite. Périnée résistant.

Toucher. — Col dur, petit, conique, à orifice transversal petit.

Utérus un peu gros et douloureux, mobile, antefléchi et latéroversé à gauche.

Les culs de sac sont grands, souples à droite, annexite douloureuse au toucher. A gauche rien,

Diagnostic. — Métrite et annexite droite, d'origine gonococcique.

Dès le premier jour on fait une ventouse à la malade, qui est régulièrement venue 3 fois par semaine. Depuis le mois d'août elle ne vient plus qu'une fois par semaine.

Jamais les ventouses n'ont été douloureuses, même la première. Le soulagement est immédiat : elle se sent moins lourde, plus légère : « Il n'y a que ça qui me soulage ».

Le col pendant l'application de la ventouse est violacé, augmente de volume, comme aspiré par elle. Par son orifice s'écoule un pus ambré, adhérent.

Actuellement la malade n'est pas guérie, mais est beaucoup améliorée. La ventouse donne toujours du pus, un peu moins abondant mais plus liquide. Par contre, on note une disparition complète des phénomènes douloureux. Aucune modification des règles. En tout 50 ventouses.

Mariée depuis 5 ans, la malade n'a jamais eu d'enfants. Revue le 15 février, les règles ne sont pas réapparues depuis le 3 novembre. La malade est enceinte de deux mois.

OBSERVATION IX

P. E. fleuriste, 37 ans.

Est venue en janvier 1909, pour la première fois, parce qu'elle souffrait dans le ventre et avait des pertes blanches.

Père mort à 45 ans de bronchite ; mère vivante ; 2 sœurs mortes en bas âge de bronchite ; un frère de 38 ans vivait.

Pas de maladie antérieure. Les premières règles viennent à 13 ans ; elles sont très régulières, peu abondantes, durent 3 jours, et ne provoquent aucun trouble.

A 15 ans syphilis avec plaques muqueuses dans la bouche, et sur les grandes lèvres. N'est soignée que 10 ans après l'accident primitif, par des injections d'huile grise ; depuis aucune manifestation spécifique. Vitiligos aux cuisses et au cou.

Depuis 5 ans la malade a des pertes blanches, jaunâtres, d'odeur âcre, qui empêsent le linge, et ressemblent tantôt à de l'eau tantôt à du blanc d'œuf.

Depuis 4 mois douleurs dans le bas-ventre, les côtes, présentant des paroxysmes, parfois très passagers, parfois durant toute la journée. Ces douleurs s'irradient dans la région lombaire et les aines.

Pas de température. Les rapports sont douloureux.

Depuis que la malade souffre d'avantage, les urines sont plus abondantes ; pas de douleurs à la miction.

Depuis 3 ans les règles sont beaucoup moins abondantes, ne durent que deux jours, mais conservent leur régularité. Elles sont indolores, peu abondantes, sans caillots. Etat général bon.

Examen génital. — *Vulve.* — Système pileux bien développ

Hymen circulaire incisé. Périnée intact et résistant.

Pas de bartholinite.

Toucher. — Le col est gros cylindrique, résistant au toucher, à orifice punctiforme et central.

L'utérus est gros, dur en antéflexion et antéversion, mobile.

Dans les culs-de-sac, on trouve à droite et à gauche les annexes grosses comme des noix, douloureuses à la pression.

Spéculum. — Col cylindrique, gros, de teinte rosée, à orifice central et sténosé, purnectifome. Une goutte de pus sort de l'orifice.

Diagnoslic. — Métrite et annexité double.

La malade est restée 6 mois sans venir. En tout l'on a fait 40 ventouses.

Ces dernières sont toutes indolores, même la première. Du pus ambré, très visqueux, s'écoule toujours en abondance [deux cuillerées à café].

Les règles se sont modifiées ; elles viennent mieux, durent 3

jours, sans caillots et sont plus abondantes [2 serviettes par jour].

Le col est rosé, et a très peu diminué de volume.

La sédation des douleurs est considérable.

Pas de modification du côté des annexes, si ce n'est une sensibilité au toucher moins grande.

OBSERVATION X

M. M., 21 ans employée.

Elle vient à l'hôpital parce qu'elle souffre dans les cuisses et le ventre et a des pertes abondantes.

Père et mère morts bacillaires.

Pas de maladie antérieure.

Réglée à 14 ans, mal réglée. Premier rapport à 18 ans. Les règles deviennent régulières et sont très abondantes et durent 5 jours : elle salit 5 ou 6 serviettes par jour. Pas de pertes blanches jusqu'à il y a un an.

Depuis un an sont apparues des pertes jaunes verdâtres, empesant le linge. En outre sensation de brûlure en urinant au méat urinaire, disparue depuis quelques mois. — Aucun signe d'insuffisance ovarienne. Jamais de fausse couche, pas de grossesse.

Rien au cœur et aux poumons — Appétit capricieux, digestions bonnes, constipation — goût, odorat, ouïe normaux — sommeil agité, cauchemars.

Organes génitaux. — *Vulve.* — Le système pileux est bien développé, les petites lèvres brunes bien développées, dépassant les grandes de un centimètre. Irritation de la muqueuse de la fourchette (rouge vif). Périnée bien soutenu. Hymen circulaire, disparu à droite. Pas de bartholinite.

Toucher. — Col gros, cylindrique, de consistance plutôt molle, à orifice béant et largement ouvert.

Utérus petit, dur sur la ligne médiane, en antéflexion très prononcée, indolore à une pression profonde.

Les culs de sac latéraux sont grands et souples. Au palper combiné au toucher, une douleur s'éveille plus forte à droite qu'à gauche. A gauche on sent une masse cylindrique, allongée comme un porte-plume. A droite, très en arrière, on perçoit difficilement une petite masse arrondie, grosse comme une noisette, douloureuse à la pression.

Spéculum. — Le col a un orifice transversal de 1 centimètre 1/2 béant par lequel s'écoule un liquide purulent, jaune-verdâtre très épais et très adhérent d'abondance considérable.

Autour de l'orifice est une zone d'irritation rouge vif, granuleuse, sur un centimètre d'étendue. A gauche on note une ulcération grande comme une pièce de 50 centimes.

Diagnostic. — Métrite gonococcique et annexité double.

Régulièrement pendant trois mois, tous les deux jours on fait une ventouse sur le col utérin, suivi d'un pansement à la glycérine, et on touche l'ulcération avec de la teinture d'iode. Cette dernière guérit au bout de trois semaines ; mais le col s'ulcère de nouveau et il est en très mauvais état. L'application de la ventouse est douloureuse (douleurs dans le ventre et les reins qui ne durent pas) mais bien supportée.

Sous la ventouse le col est violacé, et livre passage à une cuillerée à bouche de pus très épais et très adhérent strié de sang. Cette thérapeutique a produit une sédation considérable des symptômes algiques.

On ne note aucune diminution dans la quantité, aucune modification des caractères du pus.

Le col est toujours gros et n'a pas diminué de volume.

Les règles sont toujours semblables à elles-mêmes.

OBSERVATION XI

C 33 ans, sans profession.

Rentre à l'hôpital le 1 octobre parce qu'elle a des pertes et souffre dans le ventre.

Pas d'antécédents héréditaires personnels.

Réglée à 11 ans 1/2, toujours bien régulièrement pendant 5 à 6 jours. Les règles sont douloureuses jusqu'à 20 ans les trois premiers jours. Le sang en est rouge, sans caillots, elles sont très abondantes (3 ou 4 serviettes par jour).

1^{er} accouchement à 19 ans : forceps, sans suite de couches.

2^e accouchement à 20 ans : sans suite de couches.

Pas de fausses couches.

Depuis son premier accouchement la durée des règles est augmentée (8 jours) ; ces dernières sont précédées de coliques pendant 7 à 8 jours et sont formées par du sang rouge avec caillots depuis 3 ans, très abondantes.

En décembre 1909 et avril 1910, hémorragies utérines traitées par le repos, les injections vaginales chaudes et des tamponnements. Jamais de retards de règles.

Depuis le 1^{er} accouchement, la malade accuse des pertes blanches, abondantes, qui sauf au début n'ont jamais été irritantes, jusqu'en juin 1910.

Depuis lors les pertes sont accrues en quantité, épaisses, parfois striées de sang, abondantes, verdâtres. A ce moment on retire de la paroi antérieur du vagin, une épingle qui y avait séjourné quelques jours.

La malade souffre dans la région lombaire sans cesse et dans le ventre. Le repos au lit fait complètement disparaître ces phénomènes douloureux, et diminue les pertes.

Examen génital. — *Valve.* — Petites lèvres atrophiées. Hymen disparu presque en totalité : vulve béante, Périnée déchiré.

Toucher. — Le col est gros, dur, à orifice transversal large. Le corps utérin est un peu gros, dur de consistance, ferme, mobile, en antoflexion. La pression dans la région de la corne droite cause de la douleur.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont souples et grands. Dans le gauche, le doigt explorateur perçoit une masse grosse comme une amande, un peu douloureuse. Le cul de sac droit est empâté : peu sensible.

Spéculum. — Le col est gros, cylindrique, rosé, humide, lisse avec pus épais dans l'orifice qui est transversal et béant.

Tous les deux jours, on fait pendant un mois des ventouses et des pansements glycélinés.

L'application de la première ventouse a été douloureuse, non seulement au moment même, mais le reste du jour. Le lendemain, les douleurs sont moins fortes,

Les ventouses suivantes sont moins douloureuses, et la douleur ne dure que durant les 2 ou 3 heures qui suivent. Mais elle est très supportable.

Le col est violacé, et reprend aussitôt sa coloration habituelle. Il sourd par l'orifice du museau de tanche un pus épais et filant, qui perd peu à peu ces caractères, se clarifie, devient plus liquide et bien plus rare.

Aucun soulagement des phénomènes douloureux.

Le col n'a subi aucune modification et garde tous ses caractères.

En tout l'on a fait dix ventouses à la malade.

OBSERVATION XII

C. M. 26 ans, femme, de ménage.

Elle était venue consulter le 1^{er} Mars 1909 pour douleurs abdominales et des pertes blanches considérables, consécutives à son deuxième accouchement.

Secondipare : le premier enfant est mort brûlé, le deuxième est vivant. Le diagnostic fait à cette époque, est celui-ci : métrite avec rétroversion et prolapsus

La malade est venue aux pansements pendant quatre mois.

Puis on lui applique un pessaire pendant deux mois et demi. On supprime ce dernier pendant deux mois et pendant ce temps on fait 21 pansements et 7 ventouses.

Rien d'anormal ne s'est produit.

L'utérus étant en rétroversion, on fait de nouveau une application de pessaire pendant 3 semaines, du 25 octobre au 25 novembre.

La malade a été revue le 11 Janvier. L'utérus est en bonne position ; on supprime le pessaire.

Nous avons revue la malade le 17 janvier 1911. Elle est accouchée à terme à la clinique Tarnier d'où elle est partie le dixième jour ses couches ayant été normales. Elle allaite son enfant, les règles n'ont pas fait leur apparition.

Plus de douleurs abdominales, mais pertes blanches considérables. « C'est comme avant », nous dit-elle. L'utérus est en rétroversion et bombe dans le Douglas. On ne sent pas les annexes ; les culs de sacs vaginaux sont libres et souples, à l'exception du postérieur que repousse l'utérus. Le col est un peu gros, cylindrique, à orifice transversal et béant. Une zone rouge vif, de un centimètre de diamètre entame l'orifice. Du pus blanchâtre abondant s'écoule de l'orifice.

CONCLUSIONS

1/ L'application de ventouses sur le col utérin a pour résultat l'évacuation du contenu (glaires, pus) de la cavité cervicale et détermine l'hypérémie du col.

2/ Au bout de quelques séances le pelvis se décongestionne ; l'amélioration des symptômes de métrite, de périmétrite, d'annexité, de pelvi-péritonite légères survient.

3/ Les aspirations, non toujours douloureuses, sont en général bien supportées par les malades qui assistent à la disparition rapide des douleurs et reprennent leur existence normale.

4/ L'application des ventouses sur le col est un moyen thérapeutique gynécologique simple, facile à employer, sans danger, dont le médecin sera satisfait, s'il en limite

l'emploi et ne lui demande pas plus, qu'il ne peut donner.

5/ Il est bon de combiner cette méthode à d'autres dont elle peut être un adjuvant utile et dont les résultats seront ainsi plus rapides et plus constants.

Vu : Le Président de Thèse :

S. POZZI.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BIER. — L'hyperémie et son action thérapeutique.
(traduit de la 4 édition allemande par A. Marchard
et A Vallette).
- TUFFIER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 13,
février 1907.
- F. JAYLE et LOEWY. — Presse médicale, 14 décembre,
1907.
- R. BAUER. — Presse médicale, 29 novembre 1905.
- FÉLIX TURAN (de Franzensbad). Essai avec la méthode
de Bier dans l'endométrite chronique. » Zentralblatt
f. Gyn. n° 12, 1906.
- EVERSMANN. — Zentralblatt f. Gyn. n° 48, 2 décembre
1905.
- S. POZZI. — Traité de gynécologie, éd. 1909.
- GROSMANN. — Contribution à l'étude de la méthode des
ventouses de Bier dans le traitement des métrites
cervicales. Application des ventouses sur le col. Thèse
Paris 1908.

- A. DELON. — L'hyperémie passive par stase veineuse employée comme agent thérapeutique. Paris 1906-1907.
- M. MOULES. — De quelques points spéciaux du traitement des métrites. Thèse Paris 1906-1907.
- LE FUER et SIREDEY. — Maladies des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme. Collection Gilbert Thoinot. Barillère 1905.
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie (1910).

